

NE_GERICHTE CDP.2014.205 vom 8. Januar 2016

NE Tribunal cantonal, 2016-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2014.205

FR: NE_GERICHTE CDP.2014.205 du 8 janvier 2016

IT: NE_GERICHTE CDP.2014.205 del 8 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'article 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 cons. 3.5, 126 V 75 cons. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. b) Si les conditions de la révision font défaut, la décision de rente peut éventuellement être modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'article 17 LPGA (ATF 125 V 368, cons. 2, p. 369 et les arrêts cités). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 cons. 3, p. 389 ss, 119 V 475 cons. 1b/cc, p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 cons. 2c, 115 V 308 cons. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles

de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 cons. 3c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du TF du 27.03.2014 [9C_7/2014] cons. 3.1 et du 19.02.2009 [9C_860/2008] cons. 2.2). c) Il appartient au médecin d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler, les données médicales constituant par ailleurs un élément important pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c, 105 V 156 cons. 1; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06] cons. 2.3). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du TF du 07.01.2014 [8C_55/2013]). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C_369/2008] cons. 2.2). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c).

E. 3

a) En l'espèce, l'Office AI a considéré que les conditions d'une reconsidération de la décision initiale de rente du 3 novembre 1995 étaient remplies, estimant que celle-ci était manifestement erronée, car prise sur la base d'une instruction largement incomplète, et que sa rectification revêtait une importance appréciable. La recourante conteste le caractère manifestement erroné de la décision initiale du 3 novembre 1995. b) L'état de fait déterminant est celui qui prévalait en 2000, car c'est à cette époque que le droit à une demi-rente a été reconnu à l'assurée, les procédures subséquentes n'ayant que confirmé ce droit (ATF 105 V 30). Cette demi-rente repose certes sur une situation médicale inchangée par rapport à celle qui prévalait en 1995, mais une enquête ménagère a permis de mettre en évidence une invalidité de 14% pour la part ménagère (rapport d'enquête du 16.12.1999), ce qui a fait passer le taux d'invalidité global de 45% à 53%, ouvrant ainsi le droit à une

demi-rente dès le 1^{er} janvier 1999 (cf. arrêt du TF du 27.03.2006 [I 302/04] cons. 5.2.2). c) Cela dit, comme la situation médicale prévalant en 2000 se fondait sur celle établie en 1995, il y a lieu de se référer tout de même aux documents réunis à cette époque, le Dr A. n'ayant fait que de confirmer par la suite son rapport du 23 mars 1995. Ainsi donc, suite à la demande de prestations du 28 décembre 1994, l'Office AI a requis un rapport médical du médecin traitant de l'assurée, le Dr A., qui a posé les diagnostics de conversion hystérique et de douleurs abdominales chroniques, expliquant que ces dernières avaient conduit à deux interventions en 1989, puis à une troisième en 1992 qui a précipité une pathologie psychiatrique sous-jacente. Elle a estimé sa patiente totalement incapable de travailler (rapport du 23.03.1995). L'Office AI a ensuite soumis le dossier son médecin-conseil, le Dr B., qui a retenu que l'assurée présentait des troubles fonctionnels multiples qui s'inscrivaient dans le contexte d'une névrose justifiant, sans autre examen, l'octroi d'une demi-rente. Il s'est néanmoins prononcé sur l'incapacité de travail, qu'il a jugé entière du 12 février au 6 juillet 1992, puis de 50% dès le 7 juillet 1992. Sur la base des éléments au dossier, l'Office AI a octroyé un quart de rente, en appliquant la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Il a considéré l'assurée totalement incapable de travailler dans son activité de coiffure exercée auparavant à 45%, mais en revanche pleinement en mesure de remplir ses tâches ménagères à 55%. Lors de la procédure de révision menée en 1999, seul le taux d'invalidité relatif à l'activité ménagère de la recourante a été modifié. En effet, suite à l'enquête ménagère du 16 décembre 1999 qui a conduit à reconnaître une invalidité de 14% dans le ménage, le taux global d'invalidité est passé de 45% à 53%, ouvrant ainsi le droit à une demi-rente. d) Comme l'a retenu avec raison l'Office AI, l'octroi tant du quart de rente que de la demi-rente dès le 1^{er} janvier 1999 repose sur une instruction incomplète du dossier. L'avis du 21 juin 1995 du Dr B. contrevient clairement aux règles jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux, attendu qu'il ne contient aucun des éléments essentiels dégagés par la jurisprudence pour lui conférer la valeur probante nécessaire pour statuer sur le droit à une rente. En outre, si le Dr B. semblait se rapprocher du Dr A. quant au diagnostic posé au niveau des atteintes psychiques – diagnostic qui aurait dû être apprécié avec retenue par l'Office AI du moment que ces praticiens n'étaient pas psychiatres –, il se distancie des conclusions prises par sa consœur s'agissant de l'incapacité de travail. Alors que cette dernière considérait sa patiente totalement incapable de travailler, le Dr B. avait jugé l'incapacité de travail entière du 12 février au 6 juillet 1992, mais seulement de 50% dès le 7 juillet 1992. Ainsi donc, en présence d'avis divergents, il appartenait bien à l'Office AI de procéder à un complément d'instruction ou alors à tout le moins, s'il jugeait l'avis du Dr B. probant, de tenir compte, dans l'application de la méthode mixte d'évaluation, d'une incapacité de travail de 50% comme retenu par ce dernier, conduisant ainsi à une invalidité de 23% pour la part active et de 8% pour la part ménagère, soit de 31% au total, ce qui n'aurait pas ouvert le droit à une rente. Il ne pouvait en revanche se contenter de suivre l'avis du Dr B. qui prônait d'allouer une demi-rente à l'assurée pour "évit[er] des déboires et une aggravation ultérieure". La tâche du médecin consiste en effet à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 cons. 4). Il ne lui appartient en revanche pas de se prononcer sur la capacité de gain qui est une question de droit (ATF 132 V 393 cons. 3.2) et encore moins sur le degré d'invalidité. Dans ces conditions, force est d'admettre que l'Office AI avait fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation au regard des renseignements récoltés auprès des différents intervenants de l'époque. La décision du 7 avril 2000 allouant une demi-rente dès le 1^{er}

janvier 1999 était manifestement inexacte, tout comme l'était précédemment le quart de rente alloué, et c'est à juste titre que l'Office AI a admis qu'il y avait matière à reconsidérer cette décision de demi-rente.

E. 4

Il convient ensuite de déterminer le taux d'invalidité de X. au moment où la décision querellée a été rendue. L'examen psychiatrique effectué par le Dr D. satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, puisqu'il tient compte de l'entier des rapports médicaux au dossier, présente une anamnèse et les plaintes actuelles de l'assurée, pose un diagnostic et émet une appréciation circonstanciée du cas. Ce praticien ne retient aucune atteinte psychiatrique pouvant ou non avoir des répercussions sur la capacité de travail et conclut qu'il n'y a même jamais eu de telles atteintes, de sorte que l'assurée a été de tout temps entièrement capable de travailler. Il s'explique de façon détaillée et convaincante sur les raisons pour lesquelles il ne retient pas les diagnostics posés précédemment par le Dr A., en particulier l'agoraphobie ou phobie sociale, la conversion hystérique, l'hypochondrie et l'épisode dépressif. Dans son courrier du 10 novembre 2013 établi à la demande du mandataire de l'époque de la recourante, le Dr A. a contesté l'examen psychiatrique du Dr D. Les arguments avancés reposent toutefois avant tout sur les plaintes subjectives de sa patiente et sont en contradiction avec les déclarations faites par cette dernière et qui ressortent du dossier. En effet, la recourante a exposé dans le rapport d'enquête ménagère du 2 décembre 2011 ne plus souffrir d'angoisses de sorte qu'elle pouvait désormais sortir seule dans les magasins et a précisé que ces angoisses avaient été liées à sa peur de faire un malaise et non à une agoraphobie. S'agissant de l'apparente péjoration de son état de santé psychique depuis début 2013, elle est due, de l'aveu même du Dr A., aux mesures prises par l'Office AI en vue de réintégrer sa patiente dans le milieu économique. Or cette dernière a reconnu ne pas être en mesure de reprendre un travail étant donné qu'elle devait s'occuper de son mari malade (courrier du 30.07.2013 de X. à l'Office AI), motif qui ne saurait être protégé par l'assurance-invalidité. Enfin, sur un plan somatique, le Dr A. n'a pas mis en évidence de péjoration de son état de santé mais s'est limitée à rappeler les investigations gynécologiques et gastro-entérologiques effectuées à l'époque de la demande AI tout en précisant qu'aucune pathologie somatique n'avait été objectivée. On rappellera que cette praticienne a toujours mis la composante somatique en arrière-plan par rapport aux atteintes psychiques. On ne saurait dès lors parler d'atteintes somatiques invalidantes.

E. 5

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'exigence de réinsertion des personnes bénéficiant d'une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du TF du 11.09.2012 [9C_409/2012]), l'Office AI a déjà mis en œuvre les mesures nécessaires à la réintégration de l'assurée dans le circuit économique. Ces mesures se sont soldées par un échec, compte tenu des plaintes et limitations invoquées par la recourante (décision du 9.10.2013), ajoutées à un manque manifeste de volonté de se réinsérer (v. courrier du 30.07.2013 précité). Il s'ensuit que l'Office AI était légitimé à supprimer la demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision querellée.

E. 6

Ainsi, le recours doit être rejeté. Les frais de la procédure, avancés par la recourante, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI). Elle n'a pas droit à des dépens.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.